

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ДИНАМИКИ ПРАКТИКИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В УСЛОВИЯХ БЕЛОРУССКОГО СТАЦИОНАРА И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОПТИМИЗАЦИИ

Милый М.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Оптимизация терапии внегоспитальной пневмонии является очень актуальной задачей для белорусской системы здравоохранения. Финансовые затраты от стопроцентной госпитализации больных с пневмониями достаточно велики и для их нивелирования необходима разработка стратегии наиболее затратно-эффективной лекарственной терапии. Рациональный эмпирический выбор и длительность антибактериальной терапии, смена с парентерального на пероральное назначение признаны важными факторами для повышения экономической эффективности лечения пневмоний. [1].

Цель. Цели настоящего исследования были следующие:

- изучение временной динамики практики эмпирической антибактериальной терапии внегоспитальной пневмонии на протяжении последних пяти лет;
- оценка степени соответствия эмпирического выбора антибактериальной терапии современным клиническим рекомендациям
- изучение возможности минимизации затрат посредством адаптации антибактериальной терапии к международным клиническим рекомендациям, смены с парентерального на пероральный прием антибиотиков и рациональной длительности.

Материалы и методы. Материалом для исследования служила ретроспективно набранная когорта пациентов с основным клиническим диагнозом «внегоспитальная пневмония», выписанных из отделения неотложной терапии Витебской городской клинической больницы скорой медицинской помощи на протяжении 2001 года (548 пациентов) и двух месяцев 2006 года (102 пациента). Из историй болезни пациентов была выкопирована информация необходимая для стратификации пациентов в соответствии с референсными клиническими руководствами, о проводимой антибактериальной

терапии и индикаторах эффективности лечения, необходимых для построения модели анализа стоимости лечения [2].

В целях оценки возможности минимизации затрат при помощи применения ступенчатой терапии и адекватной длительности антибактериальной терапии были построены две модели, где за момент перехода с парентерального назначения антибиотиков на пероральный был взят первый день нормализации лейкоцитарной картины крови и температуры тела, а так же лишь первый день нормализации температуры. В обоих случаях за адекватный момент для прекращения антибактериальной терапии было принято первое по срокам наступления событие – три дня после нормализации лейкоцитов крови и температуры тела, либо реально имевшее место прекращение антибактериальной терапии. Для обеих моделей была взята дневная стоимость наиболее дешевых режимов антибактериальной терапии, предусмотренных клиническими рекомендациями Американского торакального Общества (АТО), Британского Торакального Общества (БТО) и Европейского Респираторного Общества (ЕРО) для соответствующих клинических категорий пациентов [3-5]. Оценивалась частота соответствия эмпирических режимов антибактериальной терапии данным рекомендациям в оба временных периода и наиболее часто используемые схемы.

Статистические анализы произведены при помощи программного пакета SPSS 10.0. с использованием описательной статистики, теста Вилкоксона для двух зависимых выборок и вероятностью ошибки первого типа менее 0,05 в качестве критерия достоверности.

Результаты и обсуждение. Отмечено увеличение в динамике частоты соответствия стартовой эмпирической терапии референсным клиническим рекомендациям. В 2006 году в сравнении с 2001 частота соответствия составила для АТО – 35,3% против 8%, для БТО – 51% против 7,5%, для ЕРО – 85,3% против 65,5%. Это произошло главным образом за счет сокращения назначения аминогликозидных антибиотиков и увеличения использования комбинации макролидов и цефалоспоринов.

Смоделированная медиана обоснованной длительности антибактериальной терапии была меньше реальной (8 (7-12) против 11 (8-13) дней; $p < 0,001$). В соответствии с более консервативной моделью смена на пероральную терапию была возможна на 7-й день (2-12) и потенциальная длительность пероральной терапии составила 2 (0-4) дня, а в соответствии с либеральной моделью аналогичными

цифрами были первый день (1-4) и длительность пероральной терапии 6 (5-9) дней. В реальности объем назначенных таблетизированных антибактериальных средств составил 4,67% от суммарного.

Смоделированная обоими способами курсовая стоимость антибактериальной терапии в соответствии с рекомендациями ЕРО оказалась ниже реальной, в случае соответствия рекомендациям АТО – меньше реальной для более либеральной модели (данные приведены в таблице 1). Данный анализ демонстрирует не используемые для экономической оптимизации антибиотикотерапии ступенчатый подход и рациональную длительность.

Таблица 1. - Реальная и смоделированная курсовая стоимость антибактериальной терапии

Клинические рекомендации	Реальная средняя курсовая стоимость (рубли)	Средняя курсовая стоимость для консервативной модели (рубли)	Средняя курсовая стоимость для либеральной модели (рубли)
АТО	16 342 (10 408-23 310)	19 795* (9 587-30 780)	10 808* (7 800 – 17 656)
БТО	16 342 (10 408-23 310)	31 683* (13 597-48 672)	15 026 (10 638 – 25 996)
ЕРО	16 342 (10 408-23 310)	8 224* (5 576-12 336)	7 224* (5 252 – 10 180)

- - $p < 0,05$ против реальной стоимости

Выводы. Данные исследования позволяют сделать ряд выводов.

1. Имеется положительная динамика соответствия существующей практики антимикробной терапии внегоспитальной пневмонии международным рекомендациям

2. Стандартизованные клинические рекомендации, регламентирующих эмпирический выбор, ступенчатый принцип терапии и ее продолжительность, способны привести к повышению экономической эффективности лечения пневмонии.

Литература:

1. The cost of treating community-acquired pneumonia / M. S. Niederman [et al.] // Clin. Ther. – 1998. – N 4. – P. 820-837.

2. Drummond, MF OBB Basic types of economic evaluation / MF OBB Drummond, GL Stoddart, GW. Torrance // Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. – Oxford: Oxford University Press, 1997. – P. 6-26.

3. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults - 2004 update: BTS Pneumonia Guidelines Committee, 2004.

4. Guidelines for management of adult community-acquired lower respiratory tract infections. European Study on Community-acquired Pneumonia Committee // Eur. Respir. J. – 1998. – N 11. – P. 986-991.

5. Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia. Diagnosis, Assessment of Severity, Antimicrobial Therapy, and Prevention
// Am J Respir Crit Care Med.-2001.-163 - P. 1730-1754.